Aus der II. Universitäts-Klinik für Frauenkrankheiten und
Geburtshilfe zu München.
Direktor: Universitätsprofessor Dr. Otto Eisenreich.

Statistik der Geburtshilflichen Abteilung in der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe in München im Jahre 1936.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Friedrich Stoiber

aus München.

1938.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Universitätsprofessor Dr. Otto Eisenreich.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548311_0010

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Vorwort.	7
Allgemeine Statistik.	9
Spezielle Statistik.	13
Ein-Kind-Geburten.	13
A. Spontangeburten.	13
I. Rechtzeitige.	13
II. Frühgeburten.	18
III. Fehlgeburten.	20
IV. Spätgeburten.	21
B. Geburten mit operativen Eingriffen.	23
I. Vorbereitende Operationen.	23
a) Künstliche Erweiterung des Muttermundes.	23
b) Blasensprengung und Einleitung der Frühgeburt.	23
c) Wendung.	23
1. prophylaktische.	23
2. vorzeitige.	24
3. rechtzeitige.	24
II. Entbindende Operationen.	25
a) Zange.	25
b) Manualhilfe.	27
c) Extraktion.	29
d) Perforation.	30
1. des vorangehenden Kopfes.	30
2. des nachfolgenden Kopfes.	30
e) Dekapitation.	31
f) Hysterotomie.	31
g) Sectio caesarea.	32
1. intraperitonealis.	32
2. extraperitonealis.	34
3. vaginalis.	34
h) Totalexstirpation.	36

Seite

C. Plazentalösung. 37

I. Credè in Narkose. 37
II. Manuelle Lösung. 38
III. Nachtastungen. 38

Zwillingsgeburten. 39

A. Spontangeburten. 39
B. Geburten mit operativen Eingriffen. 40

Zusammenfassende Statistik. 41

Vergleichende Statistik. 45

Vorwort.

Deutschland hat von 1915 bis zum Ende des Jahres 1933 einen Geburtensturz von einer Steilheit erlebt, die nirgends ihresgleichen findet. Der große Krieg brachte uns während seiner Jahre und nachher einen Geburtenausfall von ungefähr 14,5 Millionen Kindern, angeglichen an die Verhältnisse vor 1914. Der Tiefstand der Geburtenzahl war bis zum Jahre 1933 mit 957 000 erreicht. Seit der Machtübernahme unseres Führers begann eine stürmische Aufwärtsentwicklung der Geburtsstatistiken. Das Jahr 1934 wies bereits eine Steigerung um 23% auf 1 183 000 Geburten auf, 1935 betrug die Geburtenzahl 1 244 000, 1936 betrug sie 1 279 000. Obwohl die staatlichen Ehevergünstigungen und die Arbeitsbeschaffung viel zur Entwicklung unserer Bevölkerungspolitik beitrugen, so konnte doch über das Jahr 1935 hinaus eine Verminderung der Eheschließungen nicht aufgehalten werden infolge der schlecht besetzten Geburtsjahrgänge der Kriegs- wie Nachkriegszeit. Trotzdem folgte eine dauernde Steigerung der Geburtenzahl. Dies veranlaßte nicht so sehr der Anreiz zur Familiengründung durch Gewährung von Ehestandsdarlehen, als vor allem der Umschwung der innerlichen Haltung der Deutschen, der Wille zum Kind und die Freude am Kinde im deutschen Volke.

(Nach Worten des Reichsärzteführers Dr. Wagner auf dem Parteikongreß 1937.)

Die günstigen Auswirkungen unserer Bevölkerungspolitik gehen aus den letzten Jahresstatistiken wie auch aus dieser vorliegenden deutlich hervor und veranlassen uns als Gesundheitsbetreuer unseres Volkes fernerhin die diesbezüglich richtig eingeschlagenen Wege beizubehalten.

Allgemeine Statistik.

Im Jahre 1936 kamen in die geburtshilfliche Abteilung der II. Universitäts-Frauenklinik zu München 2229 Frauen zur Aufnahme. Hiervon gebaren 2226, zwei wurden wegen Verdacht auf Plazenta prävia eingeliefert, eine Frau wegen Blasenmole.

Von diesen waren

verheiratet	1606	= 71,9%
ledig	605	= 27,2%
	(1933	32,0%)
verwitwet	3	= 0,2%
geschieden	15	= 0,8%.

Die eingelieferten Frauen verteilten sich auf Erst- bezw. Mehrgebärende folgend:

I Para	1147	= 50,99%	VII Para	7	= 0,32%
II „	625	= 29,77%	VIII „	13	= 0,58%
III „	258	= 12,17%	IX „	3	= 0,13%
IV „	112	= 5,02%	X „	4	= 0,18%
V „	42	= 1,93%	XI „	4	= 0,18%
VI „	13	= 0,58%	XIII „	1	= 0,05%.

Von den in 2226 Geburten zur Welt gekommenen Kindern stammen 79,5% aus Ein- und Zweikinder-Ehen, 20,5% aus Mehrkinder-Ehen.

Verteilung des Alters der Erst- und Mehrgebärenden:

	unter 20 Jahren	20—30 Jahren	30—40 Jahr.	über 40 Jahr.
Erstgebärende	59 = 75,6%	**893 = 62,1%**	189 = 28,5%	6 = 11,5%
Mehrgebärende	19 = 24,4%	546 = 37,9%	471 = 71,5%	46 = 88,5%
Summe	78 = 100 %	1439 = 100 %	660 = 100 %	52 = 100 %

Die älteste Mehrgebärende war 47 Jahre alt,
die älteste Erstgebärende war 44 Jahre alt,
die jüngste Erstgebärende war 15 Jahre 8 Monate alt.
Das Durchschnittsalter aller Erstgebärenden betrug 25 Jahre 10 Monate.

Die durchschnittliche Geburtsdauer

aller Erstgebärenden betrug	18 Std. 32 Min.,
aller Mehrgebärenden betrug	11 Std. 35 Min.,
die kürzeste Geburtsdauer einer Erstgebärenden	1 Std. 50 Min.,
die längste Geburtsdauer einer Erstgebärenden	113 Std. 15 Min.,
die kürzeste Geburtsdauer einer Mehrgebärenden	1 Std. — Min.,
die längste Geburtsdauer einer Mehrgebärenden	133 Std. 20 Min.

Der durchschnittliche Blutverlust

aller Gebärenden betrug	315,44 g,
der geringste Blutverlust einer Gebärenden	50,00 g,
der größte Blutverlust einer Gebärenden	2000,00 g.

Durchschnittsmaße

aller 2247 zur Welt gekommenen Kinder:

Länge 49,89 cm Gewicht 3206,27 g,

Knaben:	Anzahl	1177	Mädchen:	Anzahl	1070
	Länge	49,97 cm		Länge	49,61 cm
	Gewicht	3244,98 g		Gewicht	3166,76 g.

Kinder 2247

		Reif[1]		Unreif[2]	
		Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Gesamtzahl aller lebenden und tot geb.	Anzahl	1038	925	139	145
	Länge	50,83	50,36	43,46	44,70
	Gewicht	3398,41	3303,46	2088,67	2302,57
lebend	Anzahl	**1023**	**916**	107	122
	Länge	**50,80**	**50,36**	44,09	45,14
	Gewicht	**3401,42**	**3304,05**	2215,45	2362,17
totgeboren	Anzahl	15	9	32	23
	Länge	52,70	51,19	38,50	41,63
	Gewicht	3318,50	3144,38	1265,88	1656,67

Unter den unreifen, lebenden Kindern sind hier 39 als fast reif[3] miteinbezogen.

[1]) Als reif wurden Kinder über 48 cm Größe bezeichnet
[2]) als unreif wurden Kinder unter 45 cm und 2500 g bezeichnet
[3]) als fast reif wurden Kinder zwischen 45 cm u. 48 cm u. über 2500 g bezeichnet.

Die Länge des größten leb. Knaben betrug 55,5 cm, sein Gewicht 4480 g
„ „ „ „ „ Mädchens „ 57,0 „ , „ „ 4260 „
das Gewicht des schwersten Knaben „ 5080 g , seine Länge 39,5 cm
„ „ „ „ Mädchens „ 4860 g , „ „ 54,5 „
die Länge des kleinsten leb. Knaben „ 25 cm, sein Gewicht 300 g
„ „ „ „ „ Mädchens „ 29 „ , „ „ 440 „

das Gewicht beider zuletzt genannten Kinder ist zugleich das kleinste aller 1936 in hiesiger Klinik zur Welt lebend gekommenen Kinder.

Die Zahl der in hiesiger Klinik festgestellten Lagen ergibt folgende Verhältnisse:

1. Absolut günstige Lagen	2104		= 94,50%	aller Lgn.
a) I. Hinterhauptslage	1260		= 56,60%	„ „
b) II. Hinterhauptslage	844		= 37,90%	„ „
2. Bedingt günstige Lagen	101		= 4,59%	„ „
a) III. Schädellage	9		= 0,41%	„ „
b) IV. Schädellage	8		= 0,36%	„ „
c) Gesichts- und Stirnlage	14		= 0,64%	„ „
d) Beckenendlage	70		= 3,18%	„ „
I. Steißlage		16	= 0,70%	„ „
II. Steißlage		28	= 1,20%	„ „
Fußlage vollkommen		18	= 0,94%	„ „
Fußlage unvollkommen		2	= 0,09%	„ „
Steißfußlage		6	= 0,25%	„ „
3. Absolut ungünstige Lagen	19		= 0,85%	„ „
I. Querlage	11		= 0,49%	„ „
II. Querlage	8		= 0,36%	„ „

Die Hinterhauptslagen boten die größte Häufigkeit mit 94,5% gegenüber den Vorderhauptslagen mit 0,77%, d. i. ein Fall von Vorderhauptslage auf 125 Schädellagen.

Die Häufigkeit aller Lagen betrug:

Schädellagen 95,3% } = Kopflagen 95,9% } = Geradlagen 99,1%
Gesichtslagen 0,6% } Beckenendlagen 3,2% } Querlagen 0,9%
100,0%

Von den nach 2226 Geburten am Leben gebliebenen Kindern wurden 1942 von der Mutter gestillt, dies entspricht einem Prozentsatz von 97,5%.

Gesamteinteilung der geburtshilflichen Fälle:

1. Einkind-Geburten	2205	
a) mit spontanem Verlauf		2041
b) mit operativem Verlauf		164
2. Zwillingsgeburten	21	
a) mit spontanem Verlauf		11
b) mit operativem Verlauf		10.

Spezielle Statistik.

Ein-Kind-Geburten

2205 Fälle = 99,1% aller Geburten.

A. Spontan Geburten

2041 Fälle = 92,6% der Ein-Kind-Geb.

I. Rechtzeitige Geburten	38./40. Woche	1820	Fälle
II. Frühgeburten	28./38. „	146	„
III. Fehlgeburten	16./28. „	17	„
IV. Spätgeburten	über 40. „	58	„

I. Rechtzeitige Geburten.

1820 Fälle = 82,3% der Ein-Kind Geburten.

Bei diesen traten folgende Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auf:

a) unmittelbar im Zusammenhang mit der Schwangerschaft:	Fälle
Hyperemesis	3
Präeklampsie	4
Eklampsie	2
b) ohne unmittelbarem Zusammenhang m. d. Schwangerschaft:	
Cystitis	6
Cystopyelitis	2
Pyelitis mit Ikterus catarrhalis	1
Nephritis	5
Nephropathie	1
Gonorrhöe	4
Lues	1
Essentielle Hypertonie	1
Intertrigo	3
Urtikaria	2
Mumps	1
Thrombophlebitis	1
Lebercirrhose	1

	Fälle
Geschlossene Tuberkulose	1
Bronchitis	5
Bronchitis mit Mitralinsuffizienz	1
Mitralinsuffizienz	1
Arythmie	1
Leistenhernie	1

c) Erschwerung des Geburtsverlaufes durch Hindernisse in den weichen Geburtswegen und Genitalanomalien:

	Fälle
Conglutinatio orificii externi uteri	1
Narbiger hoher Damm	6
rigider Damm	12
Scheidenvorfall	1
Vulva varicosa	4
Mastdarm-Scheidenfistel	2

d) Beckenanomalien:

Allgemein verengtes Becken I. Grades	14
allgemein verengtes Becken II. Grades	1
allgemein verengt. Becken I. Grades u. lange Geburtsdauer	1
rachitisch plattes Becken I. Grades	
rachitisch plattes Becken I. Grades, sek. Wehenschwäche	1

e) Lageanomalien des Kindes:

Gesichtslage	8
Vorderhauptslage	14
tiefer Querstand	1
I. Steißlage	1
II. Steißlage	1
hintere Scheitelbeineinstellung	1

f) Vorzeitiger Blasensprung trat in 180 Fällen ein = 8,8%.
In der Glückshaube wurde ein reifes Mädchen geboren.

g) Geburtsbeendigung in Walcherscher Hängelage der Mutter 6 Fälle

h) Episiotomie wurde in 26 Fällen vorgenommen = 1,4%.

i) Risse in den weichen Geburtswegen:

	Fälle
Dammriß I. Grades	64
Dammriß I.—II. Grades	1
Dammriß II. Grades	5
Dammriß II.—III. Grades	1
alte Dammrisse	2
Scheidenriß	3

	Fälle
Scheidendammriß I. Grades	3
Scheidendammriß II. Grades	1
Cervixriß	2
Labienriß	1
Klitorisriß	6

k) Traumen anderer Art intra partum:

In einem Fall trat eine spontane Symphysenruptur mit einem klaffenden Spalt von 1,5 cm ein.
In einem zweiten Fall bildete sich ein mannsfaustgroßes Hämatom im Septum rectovaginale.

l) Atonische Blutungen traten auf:

Vor Ausstoßung der Placenta in	13 Fällen
nach Ausstoßung der Placenta in	114 „

m) Wegen Retention von Placentaresten wurden in 27 Fällen Nachtastungen ausgeführt.

Zur Ausstoßung der Placenta wurde der Credèsche Handgriff ohne Narkose in 14 Fällen angewandt = 0,17%.

Uterusspülungen	11 Fälle
Uterustamponade	4 „

n) Placenta- und Nabelschnurkomplikationen:

Placenta praevia marginalis mit spontanem Verlauf	2 Fälle
Nebenplacenten	9 „
Nabelschnurknoten echte	11 „
Nabelschnurknoten falsche	6 „
Nabelschnurumschlingung 1 mal	119 „
Nabelschnurumschlingung 2 „	29 „
Nabelschnurumschlingung 3 „	10 „

Wochenbett.

Es traten dabei folgende Erkrankungen auf:	Fälle
Unkompliziertes Puerperalfieber	1 „
Parametritis	1 „
Thrombophlebitis	15 „
Thrombose der Beine	5 „
Metrorrhagien	1 „
Cystitis	4 „
Cystopyelitis	5 „
Mastitis mit Incision	7 „
Starke fieberhafte Lochialstauung	3 „

Katarrhalisch-grippale Infektionen	4 „
Angina	2 „
Bronchitis	2 „
Bronchopneumonie	1 „
Lungeninfarkt	1 „
Erysipel der linken Brust	1 „

Ein Fall von eitriger Parametritis trat auf, die nach entsprechender Therapie wieder zurückging. Vierzehn Tage später entwickelte sich an beiden Beinen eine Thrombophlebitis, beiderseitiger Lungeninfarkt und Pneumonie. Die Wöchnerin konnte nach energischer Behandlung nach weiteren zehn Tagen fieber- und beschwerdefrei wieder entlassen werden.

Die Morbidität im Wochenbett beläuft sich bei den rechtzeitigen Ein-Kind-Geburten auf 3,3%.

Exitus letalis ein Fall:

Die ersten vier Tage der Wöchnerin waren fieber- und beschwerdefrei. Nach kurzer Temperatursteigerung infolge eines grippalen Infektes, mit Arkanol kupiert, traten am zehnten Wochenbettstage eine neue Temperaturerhöhung und anginöse Beschwerden ein. Trotz Salizylpräparate, Omnadin, Unterstützung des Kreislaufes und des Herzens verfiel die Patientin immer mehr. Der Puls war jagend und kaum fühlbar. Exitus trat am 16. Tage infolge postanginöser Sepsis ein.

Die Mortalität beträgt demnach bei diesen Wöchnerinnen 0,06%.

Kinder.

Von den 1820 rechtzeitigen Spontangeburten, darunter eine Sturzgeburt, kamen zur Welt:

Knaben reif	923	Mädchen reif	738
fast reif	20	fast reif	16
unreif	39	unreif	79
reif u. scheintot	2	reif u. scheintot	3

An Schädigungen, Erkrankungen und Mißbildungen der Kinder sind zu erwähnen:

Geburtsgeschwülste und ihre Lokalisation:	810	Fälle
Scheitelbein rechts	296	„
Scheitelbein links	208	„
Hinterhaupt Mitte	101	„
Hinterhaupt rechts	78	„

		Fälle
Hinterhaupt links	59	„
Scheitelbein rechts und links	41	„
Scheitelbein Mitte	7	„
Hinterhaupt rechts und links	7	„
Vorderhaupt links	6	„
Vorderhaupt Mitte	7	„
Schädigungen und Erkrankungen	140	„
Leichte Conjunktivitis	82	„
Ikterus neonatorum	19	„
Soor	11	„
Analintertrigo	5	„
Asphyxie	3	„
Unspezifische Blenorrhöe	3	„
Blepharitis	2	„
Bronchitis	3	„
Bronchopneumonie	1	„
Pharyngitis	1	„
Vulvovaginitis	1	„
Orchitis	1	„
Kephalohämatom	1	„
Struma congenita	1	„
Leistenhernie links	1	„
Conjunktivales Hämatom	1	„
Nabelschnurgranulom	1	„
Ekzem	1	„
Exanthem in der Achselbeuge	1	„
Panaritium des linken Daumens	1	„
Mißbildungen	13	„
Hasenscharte	1	„
Doppelseitige Hasenscharte mit Wolfsrachen	1	„
Rachen-Gaumenspalte	1	„
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	1	„
Hydrocele testis	1	„
Hypospadia anterior	1	„
Atresia ani und Rektumfistel	1	„
Klumpfuß beiderseitig	1	„
Klumpfuß beiderseitig und Meningomyelocele	1	„
Hackenfuß einseitig	1	„
Hackenfuß beiderseitig	1	„
Hackenfuß und Froschkopf	1	„
Spina bifida mit Hydrocephalus und Meningomyelocele	1	„

Tod des Kindes.

a) Totgeburten und ihre Ursachen:	11	Fälle
Allgemeine Unreife	6	„
Unreife und Mazeration I. Grades	1	„
Unreife und Mazeration II. Grades	1	„
Intrauteriner Fruchttod, Nabelschnurvorfall	1	„
Blutungen in die Durahöhle	2	„
b) Tod kürzere oder längere Zeit nach der Geburt:	16	„
Unreife und schwere Asphyxie trotz entspr. Therapie *)	8	„
Unreife und Lebensschwäche *)	5	„
Intrakranielles Hämatom	1	„
nach Atresia ani- und Rektumfisteloperation	1	„
Pharyngitis *)	1	„ .

Für die Beurteilung der kindlichen Mortalität bei den rechtzeitigen Spontangeburten kommen nur die mit *) bezeichneten Fälle in Betracht. Sie beträgt 0,7%.

II. Spontane Frühgeburten.

146 Fälle = 6,6% aller Ein-Kind-Geb.

Davon entfielen auf das Ende des 7. Monates	26	Fälle
auf den 8. Monat	38	„
auf den 9. Monat	82	„ .

Bei diesen traten folgende Schwangerschafts-Geburtskomplikationen auf:

Präeklampsie	2	Fälle
Pyelitis	3	„
Febris intra partum	2	„
Bronchitis	1	„
Erysipel	1	„
Spitze Kondylome	1	„
Gonorrhöe	1	„
Genitalanomalien:		
Uterus bicorporeus unicollis	1	„
Beckenanomalien:		
Allgemein verengtes Becken I. Grades	1	„
Lageanomalien des Kindes:		
I. Gesichtslage	1	„
II. Steißlage	2	„
II. dorso-anteriore Querlage (con duplicato corpore)	1	„

Vorzeitiger Blasensprung trat in 23 Fällen ein = 15,8%.

Risse in den weichen Geburtswegen:	6	Fälle
Dammriß I. Grades	4	„
Dammriß II. Grades	1	„
Scheidenriß	1	„
Atonische Blutungen:	11	„
Vor Ausstoßung der Placenta	1	„
nach Ausstoßung der Placenta	10	„

Wegen Retention von Placentagewebe wurden Nachtastungen in 7 Fällen ausgeführt.

Uterusspülung wurde in 4 Fällen vorgenommen.

Credè ohne Narkose	2 Fälle
Nabelschnurknoten echte	2 „
Nabelschnurumschlingung 1 mal	8 „
Nabelschnurumschlingung 2 mal	1 „
Nabelschnurumschlingung 3 mal	1 „
Placenta praevia marginalis mit spont. Verlauf	4 „
Placenta praevia lateralis mit spont. Verlauf	1 „
Nebenplacenta	1 „

Wochenbett.

Im Wochenbett traten folgende Erkrankungen auf:		Fälle
Cystitis	2	„
Cystopyelitis	1	„
Grippale Infekte	2	„
Thrombophlebitis	1	„
Thrombose der Beine	1	„
Parametritis und Anämie	1	„

Die puerperale Morbidität beträgt bei den spontanen Frühgeburten 7,5%.

Kinder.

Bei den 146 Fällen spontaner Frühgeburten kamen
86 Knaben und
60 Mädchen zur Welt.

Sie verteilten sich dem Alter und der Reife nach:

Fast reif waren 2 Knaben im 9. Monat, 1 Mädchen im 8. Monat und eines im 9. Monat, 142 Kinder waren folgend verteilt:

	Reif		Unreif		
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	
Ende des 7. Monat	4	5	9	8	Summa 26
8. Monat	9	7	11	10	Summa 37
9. Monat	31	13	20	15	Summa 79
	Sa.: 44	25	40	33	

Erkrankungen, Schädigungen und Mißbildungen der Neugeborenen:
Geburtsgeschwülste und ihre Lokalisation: 52 Fälle

Scheitelbein rechts	14	„
Scheitelbein links	12	„
Hinterhaupt Mitte	11	„
Hinterhaupt rechts	5	„
Hinterhaupt links	3	„
Scheitelbein rechts und links	4	„
Hinterhaupt rechts und links	3	„ .

Tod des Kindes.

a) Totgeburten und ihre Ursachen: 16 Fälle

Unreife	8	„
Mazeration II. Grades	5	„
Mazeration III. Grades	1	„
Asphyxie,	1	„ .

die Autopsie ergab hier ein Cephalohaematoma externum und petechiale Blutungen unter der Pleura und dem visceralen Blatt des Pericards.
Die Autopsie eines zweiten Falles zeigte Insuffizienz des muskulären Atmungsapparates, völlige Unreife der Frühgeburt.

b) Tod nach der Geburt: 16 Fälle

Unreife und Lebensschwäche	15	„
Intrakranielle Gehirnblutung	1	„

Die Mortalität der frühgeborenen Kinder beträgt 10,3%.

III. Spontane Fehlgeburten.

17 Fälle = 0,77% der Ein-Kind-Geburten.

Davon entfielen auf den Anfang des	5. Monates	2	Fälle
auf den	6. Monat	13	„
auf den	7. Monat	2	„ .

In der Schwangerschaft wurde ein Fall von Gonorrhöe verzeichnet.

Lageanomalien bestanden in 2 Fällen, jeweils I. Steißlage.

Atonische Blutung vor Ausstoßung der Placenta 1 Fall.

Nachtastung und instrumentelle Nachräumung mußte einmal vorgenommen werden.

Das Wochenbett verlief bis auf einen Fall von Pyelitis komplikationslos.

Kinder.

Es wurden 12 unreife Knaben und 5 unreife Mädchen geboren. Davon kamen 6 Früchte tot zur Welt, ein Kind mazeriert I. Grd. Nach der Geburt starben 10 Kinder an Lebensschwäche.

IV. Spontane Spätgeburten.

58 Fälle = 26,3% der Ein-Kind-Geburten.

Schwangerschaftskomplikationen traten hierbei in 3 Fällen auf:

Eklampsie	1 Fall
Bronchitis	1 „
Lues	1 „

Allgemein verengtes Becken I. Grades wurde in einem Fall festgestellt.

Lageanomalien der Kinder bestanden in 2 Fällen und zwar je eine Stirnlage.

Vorzeitiger Blasensprung trat in 6 Fällen ein = 10,4%.

Risse in den weichen Geburtswegen:	Fälle
Dammriß I. Grades	4 „
Dammriß I.—II. Grades	1 „
Dammriß II. Grades	1 „
Dammriß II.—III. Grades	1 „
Scheidendammriß I. Grades	1 „
Labienriß beiderseits	1 „
Atonische Blutung nach Ausstoßung der Placenta	7 „

Nachtastung wurde einmal vorgenommen.

Credèscher Handgriff ohne Narkose wurde ebenfalls einmal angewandt.

Nabelschnurumschlingung 1 mal trat in 2 Fällen auf.

Wochenbett.

Exitus der Wöchnerin ein Fall: = 1,7% der Spätgeb.

Die 37 jährige V. Para kommt nach der 42. Schwangerschaftswoche mit schwachen Wehen nach vorzeitigem Blasensprung zur Klinikaufnahme. Nach Pituglandolinjektion erfolgte die Spontangeburt eines lebenden reifen Knaben aus dem I. schrägen Durchmesser, Stirnlage primär — Gesichtslage. Placenta folgte spontan. Am 3. Tage langsamer Temperaturanstieg, schmieriger, stinkender Ausfluß. Uterusspülung. Am 14. Tage neuer Temperaturanstieg, Incision eines pflaumengroßen Abszesses am rechten Labium majus. Kontinuierliches Fieber. Patientin klagt über Stechen auf der Brust und blutigen Auswurf. Herz- und Kreislauftherapie. Uterus gut zurückgebildet, Leib weich. Plötzlich akute Verschlechterung und Exitus letalis. Die Autopsie ergibt mehrfache Lungeninfarkte und Abszesse, Pericarditis, Milz- und Niereninfarkt. Fragliche Sepsis, Ursache nicht sicher geklärt, ob die Sepsis von dem Labiumabszeß ausging.

Kinder.

Zur Welt kamen 27 reife Knaben und 31 Mädchen.

Geburtsgeschwülste:

Hinterhaupt rechts	3 Fälle
Hinterhaupt links	2 „
Scheitelbein rechts	7 „
Scheitelbein links	3 „
Scheitelbein rechts und links	2 „
Hinterhaupt Mitte	1 „

Erkrankungen:

Conjunktivitis	1 „
Asphyxie	1 „
Bradykardie und Cyanose	1 „

Tot zur Welt kam ein Kind infolge intrauterinen Fruchttodes und Mazeration II. Grades.

Die kindliche Mortalität der Spätgeborenen betrug 0%.

B. Geburten mit operativem Eingreifen.

164 Fälle = 7,4% der Ein-Kind-Geburten.

I. Vorbereitende Operationen:	11	Fälle
a) künstliche Erweiterung des Muttermundes		
b) Blasensprengung u. Einleitung der Frühgeburt	1	„
c) Wendung	10	„
1. prophylaktische	1	„
2. vorzeitige	7	„
3. rechtzeitige	2	„
II. Entbindende Operationen	153	„
a) Zange	36	„
b) Manualhilfe	47	„
c) Extraktion	12	„
d) Perforation	12	„
e) Dekapitation	3	„
f) Hysterotomie	1	„
g) Sectio caesarea	39	„
1. intraperitonealis	22	„
2. extraperitonealis	10	„
3. vaginalis	7	„
h) Totalexstirpation	3	„

I. Vorbereitende Operationen.

11 Fälle = 6,6% aller operativen Ein-Kind-Geb.
= 0,5% aller Ein-Kind-Geburten.

a) künstliche Erweiterung des Muttermundes: kein Fall

b) Blasensprengung: 1 „

Die Indikation dazu war ein allgemein verengtes Becken I. Gr. und lange Geburtsdauer. Die Geburt eines reifen lebenden Mädchens erfolgte dabei spontan. Ein Dammriß II. Grades mußte hierbei genäht werden.

(2. Fall siehe unter c.)

c) Wendung auf den Fuß: 10 Fälle

1. Prophylaktische: 1 Fall

Indikation:

Nabelschnurvorfall und enges Becken I. Grades. Nach künstlicher Blasensprengung Wendung, manuelle Extraktion, Zange am nachfolgenden Kopf.

2. Vorzeitige-kombinierte (indirekte) 2-Fingerwendung nach Braxton-Hicks: 7 Fälle

Indikation: Fälle

Placenta praevia marginalis, drohende kindl. Asphyxie 1 „

Placenta praevia marginalis, Wendung aus I. Hhptslage 1 „

Placenta praevia centralis 1 „

Placenta praevia centralis, II. dorsoposteriore Querlage. 1 „

I. dorsoanteriore Querlage 1 „

II. dorsoanteriore Querlage, vorzeitiger Blasensprung 1 „

II. Schieflage 1 „

Die Entwicklung der Kinder erfolgte hiervon in 5 Fällen durch Extraktion, in den übrigen Fällen durch Manualhilfe.

3. Rechtzeitige-innere (direkte) Wendung: 2 Fälle

Indikation:

I. dorsoanteriore Querlage, Wendung, Extraktion aus Steißfußlage 1 Fall

I. dorsoposteriore Querlage, Wendung, Extraktion 1 „ .

Bei den Wendungen mußte in einem Fall Muttermundsincision und Naht eines Dammrisses I. Grades vorgenommen werden. Atonische Blutung nach Ausstoßung der Placenta trat in zwei Fällen ein.

Manuelle Placentalösung wurde zweimal notwendig.

Im Wochenbett trat ein Fall von Thrombose auf, dies entspricht einer Morbidität von 9,9%.

Die Mortalität der Mutter beträgt 0%, eine erfreuliche Tatsache, zählt doch die Wendung zu den gefährlichsten aller geburtshilflichen Operationen.

Kinder.

Von den durch Wendung und Blasensprengung zur Welt gekommenen Kindern waren

2 Knaben reif, 5 unreif
1 Mädchen reif, 3 unreif.

Ein Fall von Hypospadie wurde verzeichnet.

Totgeboren waren 4 unreife Kinder, 1 Kind infolge intrauterinen Fruchttodes.

Post partum starben 2 Kinder an Pneumonie und Lebensschwäche.

II. Entbindende Operationen.

153 Fälle = 93,3% der operat. Ein-Kind-Geb.
= 6,5% aller Ein-Kind-Geburten.

a) Zange.

36 Fälle = 1,7% der Ein-Kind-Geb.

Alle Fälle trafen auf einfache Zange.

Indikation dazu gaben:	Fälle
Drohende kindliche Asphyxie	8 „
Drohende kindliche Asphyxie, alte Erstgebärende	1 „
Drohende kindliche Asphyxie und Mekoniumabgang	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, febris intra partum der Mutter	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, Mekoniumabgang, febris intra partum	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, vorzeitiger Blasensprung, Erschöpfung der Mutter	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, vorzeitiger Blasensprung, febris intra partum	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, lange Geburtsdauer, febris intra partum	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, sekundäre Wehenschwäche	1 „
Drohende kindliche Asphyxie, Mekoniumabgang, sekundäre Wehenschwäche, Erschöpfung der Mutter	1 „
Vorzeitiger Blasensprung vor 96 Stunden, lange Geburtsdauer	1 „
Sekundäre Wehenschwäche, lange Geburtsdauer, übergroßes Kind	1 „
Sekundäre Wehenschwäche, Geburtsstillstand, Erschöpfung der Mutter	1 „
Lange Austreibungsperiode, Erschöpfung der Mutter, febris intra partum	1 „
Lange Geburtsdauer, Mekoniumabgang, alte Erstgebärende mit Mitralinsuffizienz	1 „
Mitralfehler und Erschöpfung der Mutter, febris intra partum	1 „
Erschöpfung der Mutter, alte Erstgebärende mit allgemein verengtem Becken	1 „
I. Vorderhauptslage und drohende kindliche Asphyxie	1 Fall

I. tiefer Querstand, Absinken der kindlichen Herztöne, sekundäre Wehenschwäche, lange Geburtsdauer, Erschöpfung der Mutter	1 Fall
I. tiefer Querstand, vorzeitiger Blasensprung, sekundäre Wehenschwäche, Erschöpfung der Mutter	1 „
I. tiefer Querstand, sekundäre Wehenschwäche, Geburtsstillstand	1 „
I. tiefer Querstand, wechselnde kindliche Herztöne, Erschöpfung der Mutter, Stillstand der Geburt	1 „
II. tiefer Querstand und drohende kindliche Asphyxie	1 „
II. tiefer Querstand, vorzeitiger Blasensprung, schlechte kindliche Herztöne, Erschöpfung der Mutter, Geburtsstillstand	1 „
II. tiefer Querstand, sekundäre Wehenschwäche, Erschöpfung der alten Erstgebärenden	1 „
II. tiefer Querstand, II. Vorderhauptslage, drohende kindliche Asphyxie, Geburtsstillstand	1 „

Vorzeitiger Blasensprung trat insgesamt in 8 Fällen ein, entspricht einem Prozentsatz von 22% der Zangengeburten.

Kleinere operative Maßnahmen bei der Zange:	Fälle
Episiotomie	8 „
Muttermundsincision	4 „
Schuchardtscher Scheidenschnitt	1 „
Dammriß I. Grades	1 „
Dammriß II. Grades	1 „
Dammriß III. Grades	1 „
Cervixriß	1 „
Labienriß	1 „
Atonische Blutungen nach Ausstoßung der Placenta	7 „
Credè in Narkose	1 „
Manuelle Placentalösung	5 „
Uterusspülung	4 „

Nabelschnurumschlingung 2 mal trat in einem Falle auf.

Wochenbett.

Im Wochenbett erkrankte eine Mutter an Bronchopneumonie.

Exitus letalis ein Fall:

Die 32 jährige I. Gebärende kommt mit mittelkräftigen Wehen zur Klinikaufnahme. Kindliche Herztöne sind gut zu hören. Binnen

vier Stunden erfolgt Temperaturerhöhung auf 40 Grad. Indikation zur Zange wegen febris intra partum und zu schwachen Wehen. Einleiten der Äthernarkose. Puls gut und kräftig, Herzfunktion normal. Plötzlich stoßweise Atmung, sofortiges Absetzen der Äthernarkose, Verbrauch 50 g. Injektion von 2 ccm Cardiazol und 5 ccm Coramin, das Aussehen der Mutter verändert sich nicht, Puls und Atmung setzen aus, trotz künstlicher Atmung nach 5 Minuten Exitus. Sofortiges Anlegen der Zweifelschen Zange im II. schrägen Durchmesser und vordere Muttermundsincision. Sehr schwierige Extraktion. Große seitliche Episiotomie rechts. Entwicklung eines toten Mädchens, es zeigt beginnende Totenstarre. Aus dem Uterus entleert sich schmieriges, bräunliches, stinkendes Fruchtwasser. Gerichtliche Autopsie der Mutter: Hochgradige Fäulnis der Organe der Leiche. Mit Blut reichlich angefüllte Brusthöhlen, Gaumenmandeln stark vergrößert, darin Eiterherd. Todesursache wegen der stark fortgeschrittenen Fäulnis nicht mehr feststellbar.

Kinder.

Von den 36 durch Zange entbundenen Kindern waren:
21 reife Knaben, 13 reife und 2 unreife Mädchen.

Geburtsgeschwülste lokalisierten sich folgend:	Fälle
Scheitelbein rechts	9 „
Scheitelbein links	9 „
Hinterhaupt links	3 „
Hinterhaupt rechts	1 „
Hinterhaupt Mitte	1 „

Erkrankungen und Mißbildungen konnten beobachtet werden:	
Leichte Conjunktivitis	2 Fälle
Darmblutung	1 „
Phimose	1 „

Tod nach der Geburt trat bei einem Kinde infolge Gehirnblutung ein. Die Mortalität beträgt demnach 2,8% bei den Zangengeburten.

b) Manualhilfe.

47 Fälle = 2,1% aller Ein-Kind-Geburten.

Indikation war dazu gegeben:	Fälle
I. Steißlage	12 „
II. Steißlage	16 „
II. Steißlage, in die sich die Frucht aus Querlage selbst wendete	1 „

	Fälle
II. Steißlage, alte Erstgebärende, Zange am nachfolgendem Kopf	1 „
I. vollkommene Fußlage	4 „
I. vollkommene Fußlage und Nabelschnurvorfall	1 „
II. vollkommene Fußlage	4 „
II. vollkommene Fußlage, Partus praematurus Mens VI	1 „
I. unvollkommene Fußlage	1 „
I. vollkommene Steißfußlage	1 „
I. unvollkommene Steißfußlage	2 „
II. vollkommene Steißfußlage	1 „
Querlage, Partus praematurus Mens VII	1 „

Weitere mit Manualhilfe entwickelten Fälle sind unter Wendung aufgezeichnet.

Anhangsweise noch ein Fall von II. Steißlage und drohender kindlicher Asphyxie. Rigide Weichteile, Anwendung des Schuchardtschnittes, Zange am nachfolgenden Kopf, Entwicklung eines weiß asphyktischen reifen Knaben. Trotz Lobelin, Wechselbäder, Absaugen des Schleimes und künstlicher Atmung. Exitus des Neugeborenen. Lumbalpunktion und Occipitalstich ergaben blutigen Liquor.

In der Schwangerschaft war eine Frau an Gonorrhöe erkrankt.

Als Hindernis in den weichen Geburtswegen wurde ein Fall von hohem, rigidem Damm verzeichnet.

Vorzeitiger Blasensprung trat in 7 Fällen ein.

Kleinere Operationen dazu:	Fälle
Dammriß I. Grades	4 „
Dammriß II. Grades	2 „
Dammriß II.—III. Grades	1 „
Scheidenriß	1 „
Scheidendammriß I. Grades	1 „
Atonische Nachblutung nach Ausstoßung der Placenta	4 „

Credè in Narkose wurde in einem Falle angewandt.

Manuelle Placentalösung wurde in zwei Fällen notwendig.

Eine Placenta mit einem kleinen Fötus anhängend wurde beobachtet.

Nabelschnurumschlingung trat in einem Falle auf.

Das Wochenbett verlief fieber- und beschwerdefrei, dies entspricht einer Morbidität der durch Manualhilfe Entbundenen von 0%.

Kinder.

Von den durch Manualhilfe zur Welt gekommenen Kindern waren

12 Knaben reif, 7 unreif
18 Mädchen reif, 10 unreif.

Die Geburtsgeschwulst war in 6 Fällen am Steiß lokalisiert. Erkrankungen und Mißbildungen:

Conjunktivitis	1 Fall
Fehlen eines Fußes.	1 „ .

Totgeboren wurden infolge Lebensschwäche 3 Kinder.
Die kindliche Mortalität beträgt demnach 4,4%.

c) Extraktion.

12 Fälle = 0,54% aller Ein-Kind-Geburten.

Indikation war dazu gegeben durch:	Fälle
II. Steißlage und allgemein verengtes Becken I. Grds.	1 „
I. vollkommene Fußlage	5 „
II. vollkommene Fußlage und Nabelschnurvorfall	2 „
unvollkommene Fußlage und Nabelschnurvorfall	1 „
I. Steißfußlage	1 „
I. Steißfußlage, drohende kindliche Asphyxie	1 „
Querlage mit Selbstwendung, Extraktion aus unvollkommener Fußlage	1 „ .

Weitere Fälle von extrahierten Kindern sind unter Wendung und Perforation aufgezeichnet.

Kleinere operativen Maßnahmen dazu:	Fälle
Episiotomie	2 „
Dammriß I. Grades	2 „
Dammriß II. Grades	1 „
Scheidendammriß I. Grades	1 „ .

Vorzeitiger Blasensprung trat in einem Fall auf.
Nebenplacenta wurde in einem Falle beobachtet.

Wochenbett.

Das Wochenbett verlief bei den durch Extraktion Entbundenen fieber- und beschwerdefrei, was einer Morbidität von 0% entspricht.

Kinder.

Von den zur Welt gekommenen 12 Kindern waren je 4 Knaben und Mädchen reif und je 2 Knaben und Mädchen unreif.

Vor der Geburt starben 3 Kinder wegen Unreife, ein Kind infolge Ascites, nach der Geburt 1 an Asphyxie.

Die Mortalität der durch Extraktion geborenen Kinder betrug 8,3%.

d) Perforation und Kranioklastie.

12 Fälle = 0,54% aller Ein-Kind-Geburten.

1. Perforation des vorangehenden Kopfes:	8	Fälle
Intrauteriner Fruchttod und allgemein verengtes Becken	1	„
Intrauteriner Fruchttod, vorzeitiger Blasensprung, lange Geburtsdauer	1	„
Intrauteriner Fruchttod Mens VII, absolute Wehenschwäche, Erschöpfung der Mutter	1	„
Intrauteriner Fruchttod, sek. Wehenschwäche, vollkommene Erschöpfung der Mutter und febris intra partum	1	„
Intrauteriner Fruchttod, Mazeration II. Grades, Präeklampsie und Wehenschwäche der Mutter	1	„
Intrauteriner Fruchttod, übertragenes Kind, rachitisch plattes Becken I. Grades	1	„
Intrauteriner Fruchttod, Nabelschnurvorfall, febris intra partum	1	„
Drohende Asphyxie, I. Gesichtslage, allgemein verengtes Becken I. Grades, lange Geburtsdauer, Mekoniumabgang nach gescheitertem Zangenversuch außerhalb der Klinik	1	„
2. Perforation des nachfolgenden Kopfes:		
Indikation:		
Intrauteriner Fruchttod, Mazeration II. Grades, Steißfußlage	1	„
Intrauteriner Fruchttod, Mazeration II. Grades, einfache Steißlage	1	„
Placenta praevia lateralis bei Querlage, totes Kind	1	„
Placenta praevia marginalis, totes Kind, Erschöpfung der Mutter. Wendung nach Abschneiden des vorgefallenen linken Armes, manuelle Extraktion eines unreifen Knaben bis zum Kopf, Perforation	1	„

An kleinen geburtshilflichen Maßnahmen wurden dazu nötig:

Episiotomie	1 Fall
Muttermundsincision, Dammriß I. Grades	1 „
Cervixnaht	2 Fälle
Manuelle Placentalösung	4 „
Uterusspülung	2 „ .

Das Wochenbett verlief komplikationslos.

Kinder.

Unter den 12 durch Perforation beendeten Geburten waren
7 reife und 2 unreife Knaben
2 reife und ein unreifes Mädchen.

e) Dekapitation.

3 Fälle = 0,13% aller Ein-Kind-Geburten.

Indikationen:

I. dorsoposteriore Querlage, Hand und Nabelschnurvorfall, totes Kind Mens VII	1 Fall
II. dorsoanteriore verschleppte Querlage, totes Kind	1 „
II. dorsoanteriore Querlage, verschleppt, Dekapitation, Extraktion des abgestorbenen Kindes	1 „ .

An kleineren Operationen dazu war nötig:

Versorgung eines Labienrisses	1 Fall
Manuelle Placentalösung	1 „ .

Das Wochenbett verlief komplikationslos.

Entwickelt wurden 1 unreifer Knabe, tot, und 2 reife, tote Mädchen.

f) Hysterotomie.

1 Fall = 0,05% aller Ein-Kind-Geburten.

Indikation:

Totes Kind in I. Gesichtslage, Stillstand der Geburt, rachitisch plattes Becken II. Grades, Erschöpfung der Mutter, Präeklampsismus. Einschneiden des Muttermundes und der vorderen Scheidenwand in einer Länge von 6—8 cm. Perforation des kindlichen Schädels mit Blotschem Dolch und Zweifelschem Perforatorium. Bei der Extraktion entstand ein Dammriß I. Grades, der versorgt wurde. Tamponade des Uterus nach manueller Placentalösung und Austastung. Das Wochenbett verlief fieber- und beschwerdefrei.

g) Sektio caesarea.

39 Fälle = 1,8% aller Ein-Kind-Geburten.

1. Sectio caesarea intraperitonealis 22 Fälle

Indikationen:

Allgemein verengtes Becken I. Grades und drohende Uterusruptur, Abgang von blutigem Urin	1	„
allgemein verengtes Becken I. Grades, Striktur des Muttermundes, Geburtsstillstand, übertragenes Kind	1	„
allgemein verengtes Becken I. Grades, hintere Scheitelbeineinstellung, vorzeitiger Blasensprung, Geburtsstillstand	1	„
allgemein verengtes Becken II. Grades, vorzeitiger Blasensprung	1	„
rachitisch plattes Becken II. Grades	3	„
allgemein verengtes und rachitisch plattes Becken II. Gr.	1	„
allgemein verengtes und rachitisch plattes Becken II. Grades, vorzeitiger Blasensprung vor elf Stunden	1	„
congenitales Vitium cordis (Septumdefekt), anschließend an Sektio supravaginale Amputation des Uterus wegen apfelgroßen Myoms	1	„
Trichterbecken, wegen Placenta adhaerens manuelle Lösung, Uterus papierdünn. Da diese Schnittentbindung die zweite Sektio caesarea ist, anschließend supravaginale Uterusamputation	1	„
Placenta praevia centralis	4	„
Querlage, vorzeitiger Blasensprung, Geburtsstillstand, Muttermund zur Wendungsmöglichkeit nicht durchgängig	1	„
Mitralstenose, Erschöpfung der Mutter	1	„
Eklampsie	2	„

Exitus letalis drei Fälle:

α) 26 Jährige, II. Gebärende, wird wegen allgemein verengten Beckens ersten Grades und Geburtsstillstand durch Sectio caesarea intraperitonealis entbunden. Zur Welt kam ein reifer, lebender Knabe in hinterer Scheitelbeineinstellung. Das Allgemeinbefinden der Wöchnerin war in den ersten Tagen nach der Entbindung zufriedenstellend. Kein Fieber. Am vierten Wochenbettstage war der Leib etwas gebläht. Die Blähung nahm gegen Abend zu und ging auch auf entsprechende Behandlung nicht zurück. (Nach der Entbindung wurde so-

fort Prostigmin, Lichtbogen und Hypophysin gegeben.) Am nächsten Tage früh vier Uhr bekam die Wöchnerin plötzlich Schmerzen in der rechten Brustseite und Atemnot, der Puls wurde schnell und unfühlbar, die Hände kalt, die Pupillen weit. Exitus erfolgte 15 Minuten später. Die Obduktion ergab: Beiderseitige ausgedehnte Lungenembolie, Därme maximal mit Flüssigkeit und Gase gefüllt. Genaue Nachforschungen ergaben, daß die Patientin in den Tagen nach der Operation mehrmals heimlich trotz strengen Verbotes aufstand und Wasser trank.

β) 30 jährige Erstgebärende kam mit schwachen Wehen zur Klinikaufnahme. Die Indikation zur Schnittentbindung gaben allgemein verengtes Becken I. Grades, vorzeitiger Blasensprung, sekundäre Wehenschwäche und febris intra partum. Vor Verschluß des Leibes wurde nach Geburt eines lebenden, reifen Knaben prophylaktisch Coliperin-Serum in die Bauchhöhle gegossen. Am zweiten Wochenbettstage bekam die Entbundene Fieber. Die Untersuchung ergab eine doppelseitige Bronchopneumonie. Trotz energischer Behandlung mit Fieber-, Herz- und Kreislaufmitteln nahmen die pneumonischen Erscheinungen zu, außerdem zeigte die Patientin peritoneale Krankheitszeichen. Der Zustand verschlechterte sich zusehends. Am sechsten Wochenbettstage starb die Patientin an Kreislaufschwäche.

γ) 36 jährige Erstgebärende wurde wegen II. Querlage, vorzeitigem Blasensprung und rigiden Weichteilen, wodurch nach langer Wehentätigkeit eine Muttermundseröffnung zur Wendungsmöglichkeit nicht mehr zu erwarten war, durch Schnitt von einem reifen, lebenden Knaben entbunden. Das Endometrium zeigte einen schmierigen Belag. Am zweiten Wochenbettstage Spannung des Leibes, vollständige Windverhaltung, Meteorismus. Die Frau ist sehr berührungsempfindlich. Eiweiß im Harn stark positiv, im Sediment finden sich granulierte Zylinder und Erythrozyten. Puls ist klein. Trotz Hypophysin-, Prontosil-, Wärme- und Herztherapie verfällt die Patientin immer mehr. Tags darauf zeigt ihr Aussehen facies abdominalis, marmorierte Hautzeichnung. Am Abend kam sie ad exitum.

Die Mortalität der durch Sectio caesarea intraperitonealis entbundenen Frauen betrug 13,7%.

2. Sectio caesarea extraperitonealis 10 Fälle

Indikationen:

Allgemein verengtes Becken I. Grades, Geburtsstillstand, I. Para	2	„
allgemein verengtes Becken I. Grades, übergroßes Kind	1	„
allgemein verengtes Becken I. Grades, übergroßes Kind, hintere Scheitelbeineinstellung	1	„
allgemein verengtes Becken I. Grades, vorzeitiger Blasensprung, rigide Weichteile bei alter Erstgebärenden	1	„
allgemein verengtes Becken II. Grades	3	„
allgemein verengtes Becken II. Grades, lange Geburtsdauer	1	„
allgemein verengtes und rachitisch plattes Becken II. Grades	1	„ .

Atonische Nachblutung trat in zwei Fällen auf.
Nebenplacenta wurde in einem Fall beobachtet.

Die Mortalität der durch Sectio caesarea extraperitonealis entbundenen Frauen betrug 0%.

3. Sectio vaginalis. 7 Fälle

Indikationen:

Eklampsie	1	„
Eklampsie im 6. Schwangerschaftsmonat	1	„
Eklampsie im 7. Schwangerschaftsmonat	1	„
Eklampsie und vorzeitige Placentalösung	1	„
Nabelschnurvorfall, Absinken der kindlichen Herztöne, Sectio vaginalis, Wendung auf den Fuß, Extraktion	2	„ .

Exitus letalis ein Fall:

29 jährige Erstgebärende kommt nach der 36. Schwangerschaftswoche anämisch und mit ziehenden Schmerzen im Kreuz zur Klinikaufnahme. Vorausgingen starke Blutungen. Kindliche Herztöne sind nicht zu hören. Wegen Eklampsie und vorzeitiger Lösung der Placenta wird sofort Sectio vaginalis vorgenommen, wobei sich große Mengen alten Blutes entleeren. Nach Herunterholen des kindlichen Fußes wird Extraktion angewandt, der nachfolgende Kopf des unreifen, toten Knaben wird perforiert, die bereits gelöste Placenta manuell entfernt. Anschließend wird Orasthin injiziert und der Uterus gespült. Nach einer Stunde zeigt sich beginnender Kollaps der Mutter. Puls kaum fühlbar, sofort 5 ccm Coramin, der

Puls wird daraufhin regelmäßig und frequent. Urin geht nur tropfenweise ab. Blase wird gespült. Am dritten Wochenbettstage heftige Unterbauchdruckempfindlichkeit. Trotz Doryl nur wenige Tropfen Urinabgang, immer mehr zunehmende Anurie, Patientin stirbt im urämischen Stadium. Die Sektion ergab einen toxischen Spasmus der arteriae renales und weiße Infarkte der Niere.

Die Mortalität der durch Sectio vaginalis entbundenen Frauen beträgt demnach 14,3%.

Die Tubensterilisation wurde an Sectio caesarea in 6 Fällen is folgenden Indikationen angeschlossen:

Rachitisch plattes Becken II. Grades	in	3 „
rachitisch plattes Becken II. Grades, II. Sectio, I. Sectio mit totem Kind	in	1 Fall
allgemein verengtes Becken I. Grades, III. Gebärende, III. Sectio		1 Fall
allgemein verengtes Becken II. Grades, III. Gebärende, III. Sectio		1 „ .

Wochenbett.

Es traten bei den durch Sectio caesarea intraperitonealis, extraperitonealis und vaginalis entbundenen Frauen im Wochenbett lgende Erkrankungen auf:

	Fälle
Thrombophlebitis	1 „
Wundeiterung und Anämie	1 „
Lungenempyem	2 „
Embolie siehe unter Exitus 1.	1 „
Endometritis	1 „
Eklampsie und Urämie	1 „ .

Die Mortalität der durch Sectio caesarea Entbundenen betrug 10%, ihre Morbidität 18%.

Kinder.

Von den durch Schnittentbindung zur Welt gekommenen Kindern waren:

15 Knaben reif, 6 unreif
13 Mädchen reif, 6 unreif.

Geburtsgeschwülste lokalisierten sich in 4 Fällen am Scheitelbein links, in 3 Fällen rechts.

Ein Kind erkrankte an Conjunktivitis.

An Mißbildungen trat ein Fall von Anencephalon bei einer Mädchen auf.

Vor der Geburt starben drei Kinder an Unreife, nach der Geburt eines an Asphyxie.

Die kindliche Mortalität der durch Sectio caesarea zur Welgekommenen betrug 2,5%.

h) Totalexstirpation.

3 Fälle = 0,13% aller Ein-Kind-Geburten.

α) 38 jährige III. Gebärende, Mutter zweier lebender spontan geborener Kinder, kommt in der 37. Schwangerschaftswoche mit heftigen Schmerzen im linken Unterbauch zur Klinikaufnahme. Plötzlich über den ganzen Bauch sich erstreckende kolikartige Schmerzen und mehrmaliges Erbrechen. Puls klein und frequent. Ballotierender Kopf ist durch das hintere Scheidengewölbe über dem Becken zu fühlen, kindliche Herztöne sind normal. Portio steht hoch oben und direkt hinter dem oberen Rand der Symphyse. Diagnose: Graviditas Mens IX., wahrscheinlich stielgedrehtes Cystom oder Myom mit intraabdomineller Blutung. Indikation zur Laparatomie, da auch Aussehen und Puls schlechter werden. Die Bauchhöhleneröffnung ergibt ektopische Schwangerschaft, Uterus mit mandarinengroßen Myomen durchsetzt. In den noch erhaltenen Eihäuten liegt die lebende, nahezu reife Frucht. Ein ganz seltener Fall einer Bauchhöhlenschwangerschaft mit lebensfähigem Kind. Nach Lösung von Verklebungen, die rechts zwischen den Eihäuten, dem Ligamentum latum, seitlicher Beckenwand und Douglas bestehen, wird Uterus mit Placenta und Eihäuten exstirpiert unter Zurücklassung eines kleinen Portio-Cervixstumpfes, beider Ovarien und der noch gesunden Tubenanteile. Blutverlust 100—200 g. Intravenöse Tutofusininfusion. Am ersten Wochenbettstage hoch aufgetriebener Leib, Kurzatmigkeit, Nachlassen der Herzaktion. Puls klein, frequent, unterdrückbar. Stuhlgang und Blähungen gehen nicht ab, auch nach Prostigmin- und Hypophyseninjektion und Tutofusininfusion mit hoch eingeführtem Darmrohr. Trotz Strophantin und stündlicher Gaben von Cardiaca keine Besserung der Herztätigkeit. Leib enorm hoch tympanitisch aufgetrieben. Am folgenden Tage erfolgt Exitus. Die Sektion ergibt keinen Anhalt für Nahtinsuffizienz. Todesursache unklar.

β) 35 jährige I. Gebärende, Mutter dreier spontan geborener Kinder, wird zu Ende der Schwangerschaft mit kräftigen Wehen in die Klinik aufgenommen. Sechs Stunden nach Blasensprung Spon

tangeburt eines toten, reifen Knaben aus I. Hinterhauptslage. Placenta folgt ebenfalls spontan. Am zweiten Wochenbettstage Fieberanstieg, schmerzhafter und stark geblähter Leib. Prostigmin, Cardiazol und Darmrohr geben keine Besserung. Wegen Verdacht auf parametranen Abszeß links Eröffnung der Bauchhöhle: Hochgradige Blähung der Darmschlingen, hochrot injiziert. Aus dem kleinen Becken links kommt trüber seröser Eiter. Der eitrige Prozeß sitzt im linken Parametrium und steigt entlang dem Psoas bis auf die Beckenschaufel im großen Becken, außerdem ins paravesicale Gewebe. Am hinteren Blatt des Ligamentum latum findet sich eine bleistiftdünne Perforationsstelle, aus der bräunlich grüner Eiter quillt. Entschluß zur Totalexstirpation, weil nicht sicher ist, ob diese Bindegewebseiterung durch eine linksseitige kleine Spontanruptur bedingt ist und therapeutisch eine Drainage besser ermöglicht wird. Unter Zurücklassung der Stümpfe und des rechten Ovars Peritonisierung und Drainage nach der Scheide hin. Typischer Verschluß des Bauches. Im weiteren Verlauf hat sich die Patientin gut erholt.

Die Sektion des Kindes ergab als Todesursache intrakranielle Blutung.

36 jährige IV. Gebärende, die drei Kinder spontan gebar, kommt zu Ende der Schwangerschaft mit starken Blutungen in die Klinik. Diagnose nach Untersuchung: Placenta praevia totalis. Wegen fortgesetzter Blutung Sectio caesarea, Extraktion des in I. dorsoanteriorer Querlage liegenden reifen Knaben. Manuelle Lösung der Placenta. Orasthingaben und Uterusstamponade. Bauchverschluß. Uterus gut kontrahiert, steinhart. Aus der Tamponade nach einiger Zeit geringe Blutung. Patientin sieht verfallen aus. Puls normal. Plötzlich nach drei Stunden neuerdings starke Blutung. Sofortiges Abbinden der Oberschenkel und Totalexstirpation des Uterus unter Zurücklassen beider Ovarien. Nach der Operation Puls klein und frequent. Tutofusin-, Coramin- und Calciumgaben. Jedoch nach kurzer Besserung wird der Puls wieder klein und frequent. Trotz Cardiaca, Sauerstoffzufuhr und Tropfeinlauf kommt Patientin an Verbluten und Herzinsuffizienz ad exitum.

C. Placentalösung.

I. Credè in Narkose 16 Fälle

Indikation:

Placenta adhaerens, darunter drei Fälle von starker atonischer Nachgeburtsblutung, die durch den ein-

fachen Credèschen Handgriff nicht beseitigt werden konnten	15	„
Placenta praevia und starke atonische Nachgeburtsblutung	1	„
II. Manuelle Lösung	35	„
Indikation:		
Placenta adhaerens	10	„
Placenta adhaerens, nach erfolglosem Credè	5	„
seitlich tiefer Sitz der Placenta	1	„
Placenta adhaerens, atonische Lösungsblutung	1	„
atonische Blutung vor Ausstoßung der Placenta	2	„
anschließend an Zange	4	„
anschließend an Zange am nachfolgenden Kopf	2	„
anschließend an Perforation	6	„
anschließend an Dekapitation	1	„
anschließend an Sectio vaginalis	2	„
Placenta praevia, atonische Nachblutung	1	„
III. Nachtastung		
a) manuell wegen Retention von Placentaresten	36	„
b) instrumentell		
wegen Retention von Placentaresten	3	„
atonische Blutung vor Ausstoßung der Placenta	1	„
atonische Lösungsblutung, Placenta praevia centralis	1	„

Einfacher Credè ohne Narkose wurde zur Ausstoßung der gelösten Placenta in 17 Fällen angewandt.

Zwillingsgeburten

21 Fälle = 0,9% aller Geburten.

A. Spontan-Geburten

11 Fälle = 52% aller Zwillingsgeb.

Bei diesen traten folgende Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auf:

Präeklampsie	1 Fall
Vorzeitiger Blasensprung	3 Fälle

Von den 11 Zwillingsgeburten waren:

Beiderseitige Schädellagen	9 Fälle
II. Vorderhauptslage und II. vollkommene Steißlage, in der Glückshaube geboren	1 Fall
beiderseitige II. Steißlage	1 Fall

Dammriß I. Grades mußte in einem Fall genäht werden.
Im Wochenbett erkrankte eine Mutter an Angina.

Kinder.

Zur Welt kamen von den spontanen Zwillingsgeburten:

Knaben reif 5	Mädchen reif 1
unreif 11	unreif 5

In Paaren ausgedrückt:

Je 2 Knaben in 7 Fällen, davon 4 Paare unreif, 2 Paare reif, 1 Paar reif und unreif;
je 2 Mädchen in 2 Fällen, davon 1 Paar unreif, 1 Paar reif und unreif;
je ein Knabe und ein Mädchen in 2 Fällen, beide Paare unreif, darunter ein Frühgeburtspaar im 7. Monat.

Geburtsgeschwulst trat bei einem Falle am Hinterhaupte links auf.
Ein Kind erkrankte an eitriger Conjunktivitis.
Vor der Geburt starb ein unreifer Knabe.

Nach der Geburt starben 2 unreife Mädchen an Lebensschwäche,
1 eineiiges 5 Mon. altes Knabenpaar,
2 unreife Knaben an Lebensschwäche.

B. Geburten mit Operativen Eingriffen

10 Fälle = 48% aller Zwillingsgeburten.

Schwangerschaftskomplikationen traten keine auf.

I. In folgenden Fällen erfolgte Spontangeburt eines Zwil lings, die Entwicklung des anderen geschah operativ aus fol genden Gründen:

I. dorsoanteriore Querlage, vorzeitiger Blasensprung, Wendung, Extraktion	1 Fal
I. Fußlage, Blasensprengung, Herabholen des Fußes, Extraktion	1 „
I. Fußlage, Manualhilfe	1 „
I. unvollkommene Steißlage, Manualhilfe	1 „
II. Querlage, Geburtsstillstand, schlechte kindliche Herztöne, Wendung, Extraktion	1 „
I. dorsoposteriore Querlage, Blasensprengung, Wendung, Extraktion	1 „
I. Querlage, Extraktion anschließend an Wendung	1 „
I. vollkommene Steißlage, manuelle Extraktion des ersten Zwillings, zweiter Zwilling folgte spontan aus II. Vorderhauptslage	1 „

II. Zange und Extraktion: 1 Fal

Indikation:

Allgemein verengtes Becken, vorzeitiger Blasensprung, sekun däre Wehenschwäche, Erschöpfung der Frau. Zangenentwick lung des ersten Zwillings. Zweiter Zwilling wurde nach Blasen sprengung aus I. dorsoposteriorer Querlage gewendet und ex trahiert.

An kleineren operativen Maßnahmen wurden nötig: Fäll

Dammriß I. Grades	1 „
Episiotomie	1 „
Nachtastung	1 „
Manuelle Placentalösung	1 „
Uterusspülung	1 „

Atonische Nachgeburtsblutungen traten in 4 Fällen auf.

Ein Fall von Hydramnion wurde verzeichnet, der jedoch ohn bedrohliche Erscheinungen für die Mutter verlief.

Das Wochenbett blieb bei diesen Fällen durchwegs kom plikationslos.

Exitus letalis ein Fall:

41 jährige II. Gebärende wird wegen rasch aufeinanderfol genden schweren eklamptischen Anfällen, die sich in der Klini

wiederholen, eingeliefert. Blutdruck 200/120, Eiweiß im Harn stark positiv. Sofortige operative Entbindung: Sectio vaginalis. Das erste Kind, ein unreifes, lebendes Mädchen, wird mit der Zange entwickelt, das zweite, ein unreifer, lebender Knabe, wird aus Querlage gewendet und extrahiert. Die operative Entbindung verlief schnell und glatt. Trotz aller anschließend vorgenommenen, postoperativ notwendigen therapeutischen Maßnahmen kam die Frau eine Stunde später ad exitum. Todesursache: Schwerste Eklampsie.

Zur Welt kamen von den operativ entbundenen Zwillingsgeburten:

Knaben	reif 5	Mädchen	reif 2
	unreif 9		unreif 4

in Paaren ausgedrückt:

Je 2 Knaben in 5 Fällen, davon 1 Paar reif, 3 Paare unreif, 1 Paar reif und unreif;
je 2 Mädchen in 1 Falle, beide unreif;
je ein Knabe und ein Mädchen in 4 Fällen, davon 2 Paare reif, 2 Paare unreif.

Erkrankungen der Kinder traten nicht auf.

Geburtsgeschwulst in einem Falle am Scheitelbein links.

Vor der Geburt starb ein Mädchenpaar an Unreife, Mazeration II. Grades infolge Hydramnions.

Nach der Geburt starben 2 unreife Knaben an Lebensschwäche, davon eine Frühgeburt im 8. Monate.

Zusammenfassende Statistik.

Eingelieferte Geburtsfälle	2226
A. Ein-Kind-Geburten	2205
Rechtzeitige Geburten	1820
Frühgeburten	146
„ Ende des 7. Monates	26
„ vom 8. Monat	37
„ vom 9. Monat	83
Fehlgeburten	17
„ vom 5. Monat	2
„ vom 6. Monat	13
„ vom 7. Monat	2
Spätgeburten	58

26 Kinder wurden scheintot geboren, von denen 19 nach entsprechender Therapie am Leben erhalten werden konnten.

Schwangerschaftserkrankungen:

Hyperemesis	3 Fälle
Präeklampsie	8 „
Eklampsie	10 „
Thrombophlebitis	1 „
Pyelitis	4 „
Pyelonephritis	1 „
Nephritis	5 „
Cystitis	6 „
Cystopyelitis	2 „
Lebercirrhose	1 „
geschlossene Tuberkulose	1 „
Bronchitis	7 „
Bronchitis mit Mitralinsuffizienz	1 „
Mitralinsuffizienz	1 „
Arythmie	1 „
Mumps	1 „
Urtikaria	2 „
Intertrigo	3 „
Gonorrhöe	6 „
Lues	1 „
Spitze Kondylome	1 „
Leistenhernie	1 „

Beckenanomalien:

Allgemein verengtes Becken I. Grades	29 Fälle	= 1,2 %
allgemein verengtes Becken II. Grades	7 „	= 0,3 %
rachitisch plattes Becken I. Grades	2 „	= 0,09%
rachitisch plattes Becken II. Grades	5 „	= 0,2 %
allgemein verengtes und rachitisch plattes Becken II. Grades	2 „	= 0,09%
Verengerung des Beckenausgangs	1 Fall	= 0,04%
Vorzeitiger Blasensprung	235 Fälle	= 10,7%.

Placenta-Komplikationen:

Vorzeitige Placentalösung	2 Fälle
Placenta praevia centralis	7 „
Placenta praevia lateralis	2 „
Placenta praevia marginalis	9 „

I. Spontangeburten.

Risse in den weichen Geburtswegen	96 Fälle	= 47 %
atonische Nachblutungen	146 „	= 7,1 %

Episiotomie	26	„	= 1,3 %
Manuelle Nachtastung	36	„	= 1,7 %
Morbidität im Wochenbett	62	„	= 3,05%
Mortalität im Wochenbett	2	„	= 0,09%

Ursachen: Postanginöse Sepsis und Allgemeininfektion.

II. Geburten mit operativen Eingriffen.

Risse in den weichen Geburtswegen	21	Fälle	= 13 %
atonische Nachblutungen	14	„	= 8,5%
Episiotomie	10	„	= 6,1%
Manuelle Placentalösung	17	„	= 10,4%
Morbidität im Wochenbett	11	„	= 6,7%
Mortalität im Wochenbett	7	„	= 4,3%

Ursachen:

Narkoseschocktod bei Zange,
Lungenembolie nach Sectio caesarea,
Herz- und Kreislaufinsuffizienz nach Sectio caesarea,
Septische Endometritis nach Sectio caesarea,
Eklampsie nach Sectio caesarea,
Herz- und Kreislaufinsuffizienz nach Totalexstirpation,
Anämie und Kreislaufinsuffizienz nach Totalexstirpation.

Kinder aller Ein-Kind-Geburten:

Knaben 1146	Mädchen 1059	
Reif davon waren		1950
fast reif		39
unreif		216
lebend		2080
totgeboren		76
gestorben kurz nach der Geburt		49
B. Zwillingsgeburten:		21
Rechtzeitige Geburten		17
Frühgeburten		3
„ vom 7. Monat		2
„ vom 8. Monat		1
Fehlgeburten vom 5. Monat		1
Schwangerschaftserkrankungen:		
Präeklampsie		1
Eklampsie		1
Spontan erfolgten		11
teilweise spontan erfolgten		8

operativ wurden beendigt		2
Vorzeitiger Blasensprung	5 Fälle = 20%.	
Beckenanomalie: Allgemein verengtes Becken I. Grades		1
Risse in den weichen Geburtswegen		1
Episiotomie		2
Nachtastung		1
Manuelle Placentalösung		1
Morbidität im Wochenbett	1 Fall = 4,7%	
Mortalität im Wochenbett	1 Fall = 4,7%	

Kinder:

Knaben 31	Mädchen 11
Reif davon waren	13
unreif	29
lebend	31
totgeboren	3
gestorben kurz nach der Geburt	8

Mortalität aller reifen, lebenden Kinder, bei denen der Tod intra oder post partum eintrat (ausschließlich Fehlgeburten und perforierte Kinder) = 0,8%.

Vergleichende Statistik

mit den vorliegenden Statistiken derselben Klinik aus vorhergehenden Jahrgängen.

Zahl sämtlicher Geburten	1926 659	1928 1724	1930 2265	1932 2220	1934 2129	1936 2226
A. Ein-Kind-Geburten	649	1706	2237	2196	2110	2205
I. Spontangeburten	506	1466	1926	1793	1923	2041
Risse in den Geburtswegen	12,8%	*)	7 %	4 %	5,5 %	5,2 %
Episiotomie	1,4%	*)	1,35%	1,4 %	1,3 %	1,35%
Morbidität im Wochenbett	2,0%	2,4%	3,8 %	*)	3 %	3,05%
Mortalität im Wochenbett	0,2%	0,1%	0,1 %	0 %	0,05%	0,1 %
B. Geburten mit operativen Eingriffen	143	240	311	281	187	164
Metreuryse	10	5	10	2	3	—
Prophylaktische Wendung	1	—	1	—	*)	1
Vorzeitige Wendung	1	—	3	—	*)	7
Rechtzeitige Wendung	11	9	17	6	15	2
Einfache Zange	61	94	116	78	55	36
Mittelhohe Zange	1	—	—	15	*)	—
Hohe Zange	1	—	2	1	*)	—
Manualhilfe	20	50	58	74	53	47
Extraktion	1	10	27	17	17	12
Perforation	4	9	9	8	5	12
Dekapitation	—	2	3	—	—	3
Sectio caesarea	34	63	69	82	39	39
Manuelle Placental.	12	22	34	23	30	35
Credè in Narkose	—	4	5	5	6	16
Gabastou	1	—	—	—	—	—
Uterusscheidentamp.	3	11	3	—	4	5
Totalexstirpation	3	11	3	2	2	3
Morbidität im Wochenbett	14 %	11,2%	11,5 %	*)	7 %	6,7 %
Mortalität im Wochenbett	0,7%	1,2%	1,92%	1,15%	1,4 %	2,11 %
	1 Fall nach Wend.	3 Fälle nach Sect., Zange, Perf.	6 Fälle nach Metr., Zange, Sect.	3 Fälle nach Sect.	3 Fälle nach Sect., Sect., Extr.	4 Fälle n. Sect. Sect., Totex., Totex.

*) Diesbezügliche Aufzeichnungen wurden in den entsprechenden Statistiken nicht geführt.